

Hochspezialisierte ambulante Versorgung in Krankenhäusern: eine empirische Abschätzung von Kosten, Erlösen und mögliche Strategien

Lüngen, Markus; Gerber, Andreas; Krauth, Christian; Brandes, Iris; Steinbach, Thomas; Schmitz, Harald; Potthoff, Peter; Lauterbach, Karl W.

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Lüngen, M., Gerber, A., Krauth, C., Brandes, I., Steinbach, T., Schmitz, H., ... Lauterbach, K. W. (2006). Hochspezialisierte ambulante Versorgung in Krankenhäusern: eine empirische Abschätzung von Kosten, Erlösen und mögliche Strategien. *Sozialwissenschaftlicher Fachinformationsdienst soFid*, Gesundheitsforschung 2006/1, 11-29. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-202132>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Hochspezialisierte ambulante Versorgung in Krankenhäusern

Eine empirische Abschätzung von Kosten, Erlösen und mögliche Strategien

*Markus Lüngen; Andreas Gerber; Christian Krauth; Iris Brandes; Thomas Steinbach;
Harald Schmitz; Peter Potthoff; Karl W. Lauterbach*

Zusammenfassung

Ambulante Behandlungen im Krankenhaus werden vom Gesetzgeber zunehmend gefördert. Angesichts möglicher Kostenunterdeckungen und Mengenbudgetierungen ist die Wahl der besten Strategie für Krankenhäuser bisher unklar. Auf der Basis von 16.171 an 6 Hochschulkliniken in Deutschland prospektiv dokumentierten Konsultationen in Ermächtigungsambulanzen (3.219 Konsultationen) und Hochschulambulanzen (12.952 Konsultationen) wurden von uns Kosten und Erlöse gegenüber gestellt. Der Deckungsgrad lag je nach Ambulanzart bei 27% bis 29% bezogen auf die Gesamtkosten (44% bis 47% bezogen auf die Primärkosten).

Da diese Unterdeckung zu einer Unterversorgung der Bevölkerung bei spezialisierter ambulanter Behandlung führen kann, ist auch aus gesundheitspolitischer Sicht eine Überprüfung der Finanzierung sinnvoll.

Stichworte: (JEL)

I 11 - Analysis of Health Care Markets; I18 - Government Policy; Regulation; Public Health; H51 - Government Expenditures and Health; L31 - Nonprofit Institutions; NGOs

Summary:

Highly specialized ambulatory care in German hospitals

An empirical analysis of costs, reimbursement, and strategic options

The delivery of ambulatory care in hospitals is broadened by legislative actions in Germany. However, best strategies for hospitals are unclear due to consideration of costs, reimbursements and budgeting. We included 16,171 prospectively documented consultations from six university hospitals in Germany. The ratio of reimbursement to total cost was 27% to 29%, concerning to the type of ambulatory care. (44% to 47% concerning to variable costs). This financial deficit could cause a shortage of highly specialized ambulatory services. Health policy interventions might be necessary.

1 Situation der hochspezialisierten ambulanten Versorgung

Die ambulante Behandlung in Deutschland kann in drei Versorgungsstufen unterteilt werden. Demnach baut zunächst eine fachärztliche Versorgung auf einer hausärztlichen Versorgung auf. Beide sind durch die vertragsärztliche Tätigkeit in eigenen Praxen gekennzeichnet. Darüber hinaus gehend wird eine dritte Stufe der ambulanten Versorgung in Krankenhäusern vorgehalten, die eine hochspe-

zialisierte Versorgung durch (vertraglich) ermächtigte Ärzte, Institute oder auch Hochschulambulanzen umfasst.

Die hochspezialisierte ambulante Behandlung im Krankenhaus war in den letzten Jahren Gegenstand intensiver gesetzgeberischer Tätigkeit und gesundheitsökonomischer Diskussionen.¹ Zwei Konzepte treffen in der Diskussion aufeinander. (Abbildung 1) Auf der einen Seite wird gefordert, die fachärztliche ambulante Versorgung (weiterhin) vorwiegend durch niedergelassene Vertragsärzte vornehmen zu lassen und den Anteil des Krankenhauses an der ambulanten Behandlung möglichst zu begrenzen. Eine enge Bindung an einen Arzt und ausreichend vorhandene Kapazitäten im vertragsärztlichen Bereich sind die wichtigsten Argumente. Die Befürworter der zweiten Richtung verweisen hingegen darauf, dass im Ausland beinahe durchgängig nicht nur eng abgegrenzte Hochspezialleistungen, sondern große Teile der fachärztlichen ambulanten Behandlung von Krankenhäusern angeboten werden. Eine Wettbewerbssituation zwischen Krankenhäusern und Arztpraxen wäre somit denkbar. Eine Entscheidung für die eine oder andere Alternative hat unmittelbare Auswirkungen auf Zugang, Finanzierung und langfristig auch Qualität der erbrachten Leistungen.

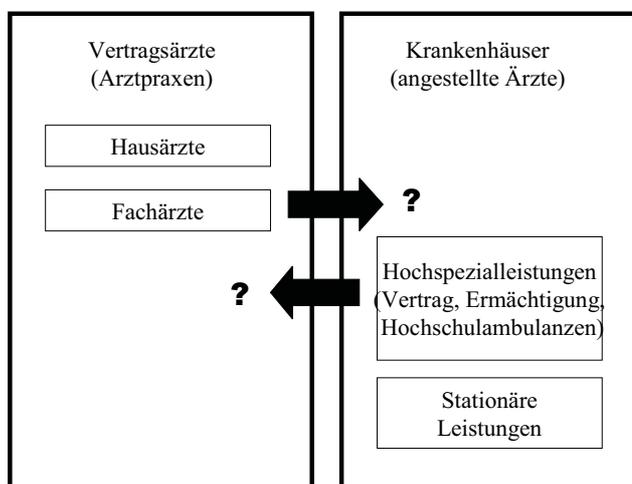


Abb. 1: Diskussionslinien der Abgrenzung von ambulanten Leistungen im Krankenhaus und im vertragsärztlichen Bereich.

Eine Lösung wird erschwert durch die komplexen institutionellen Rahmenbedingungen des Status Quo in Deutschland. (Tabelle 1) Vertragsärztliche Leistungen werden derzeit über die Kassenärztlichen Vereinigungen aus einer von den Krankenkassen bereit gestellten Gesamtvergütung erstattet. Der einzelne Arzt erhält nach einem Einzelleistungskatalog (EBM) die für seine Leistungen erbrachten aufsummierten Vergütungen pro Quartal. Würde ein Teil der Leistungen in Krankenhäusern er-

¹ Strehl (1995), S.101-118; Lungen/Lauterbach (2004), S.173-186; Lungen/Plamper/Lauterbach (2004), S.254-256

bracht, müsste entweder das Budget der Kassenärztlichen Vereinigungen um diese Leistungen anteilig bereinigt werden oder aber eine Abrechnung der Krankenhäuser über die Kassenärztlichen Vereinigungen ermöglicht werden. Als dritte Möglichkeit wäre die weitergehende Öffnung von direkten Verträgen zwischen Leistungserbringern (gleich ob Vertragsarzt oder Krankenhaus) und der Krankenkasse möglich. Das GMG (GKV-Modernisierungsgesetz) von 2004 eröffnet genau für den Teilbereich der Hochspezialleistungen diese Vertragslösung. Die aktuelle Gesetzeslage vermeidet somit derzeit eine Entscheidung zugunsten einer der beiden Reformoptionen, sondern versucht einen Mittelweg.

Tabelle 1: Rahmenbedingungen für ambulante Versorgungsformen

	Vertragsärztliche Leistungen	Ambulante Hochspezialleistungen im weiteren Sinne		
	Vertragsärzte (Hausärzte und Fachärzte)	Ermächtigungsambulanz	Hochschulambulanz	Vertragliche Hochspezialleistungen (116b SGB V)
Zulassung zur Leistungserbringung	Zulassungsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen	Für jedes Krankenhaus generell möglich; Zulassungsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen	Recht zur Zulassung auf Antrag des Krankenhausträgers (Hochschulklinik)	Vertrag zwischen Krankenhaus und einzelner Krankenkasse
Zugang für Patienten	In der Regel freier Zugang (Ausnahme beispielsweise Hausarztmodelle)	In der Regel auf Überweisung eines Vertragsarztes	In der Regel auf Überweisung eines Vertragsarztes	In der Regel auf Überweisung eines Vertragsarztes. Richtlinien können Ausnahmen festlegen.
Leistungsumfang	Anspruch auf ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungen.	Begrenzung auf Abrechnungsziffern, teilweise Mengenbegrenzung.	Laut Gesetz begrenzt auf den für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang. In der Praxis häufig breite Versorgungsaufgaben.	Vorgabe von Krankheitsbildern im Gesetz (§ 116b Abs. 3 SGB V); Fortschreibung durch Ausschuss.
Finanzierung	Einzelleistungsabrechnung pro Quartal vom Vertragsarzt gegenüber Kassenärztlichen Vereinigungen; diese erhalten Gesamtbudget von Krankenkassen	Einzelleistungsabrechnung pro Quartal vom Vertragsarzt gegenüber Kassenärztlichen Vereinigungen; diese erhalten Gesamtbudget von Krankenkassen	Standortbezogene Pauschale pro Patient und Quartal unabhängig von Fachrichtung, Morbidität oder Aufwand. Abrechnung der Pauschale unmittelbar gegenüber den Krankenkassen.	Vertragliche Regelung. Orientierung an vertragsärztlicher Vergütung (§ 116b Abs. 5 SGB V), jedoch Abrechnung unmittelbar gegenüber Krankenkassen.

Anmerkung: SGB V: Fünftes Sozialgesetzbuch

Der vorliegende Beitrag soll vor diesem Hintergrund prüfen, wie sich Erlöse und Kosten bei hochspezialisierten ambulanten Leistungen aus Sicht des Krankenhauses empirisch darstellen. Eingeengt wird dazu auf Universitätskliniken, da diese nicht nur im stationären, sondern auch im ambulanten Bereich einen Großteil hochspezialisierter Versorgung übernehmen. Auf der Basis der Ergebnisse soll ein Szenario entwickelt werden, ob eine Versorgung mit hochspezialisierten ambulanten Leistungen in Deutschland gesichert scheint, wie sich das Krankenhaus im Wettbewerb positionieren kann und inwieweit die Gesetzeslage Anreize zur Optimierung der Versorgung für den Patienten bietet.

1.1 Hochschulambulanzen

Entgegen einer weit verbreiteten Auffassung in der Bevölkerung ist der freie Zugang zu einer universellen „Krankenhausambulanz“ gesetzlich außerhalb von Notfällen nicht ermöglicht. Eine Ausnahme besteht für privat Versicherte, welche über die Behandlung in der „Privatambulanz“ des Chefarztes den Krankenhausarzt ohne Zugangsbeschränkung in Anspruch nehmen können.

Für den Großteil der Bevölkerung besteht derzeit der Zugang zu hochspezialisierten ambulanten Leistungen daher nur in der Überweisung an eine Hochschulambulanz (Poliklinik) oder die unten vorgestellten Ermächtigungsambulanzen.

Hochschulambulanzen dürfen laut Gesetz (§ 117 SGB V) Untersuchungen und Behandlungen durchführen, wie es in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang notwendig ist. Die mangelnde Definition von „Forschung und Lehre“ im konkreten Einzelfall führte regional dazu, dass Hochschulambulanzen Aufgaben der gesetzlich nicht vorgesehenen allgemeinen Krankenhausambulanz übernahmen. Lauterbach et al (2004) schätzten anhand einer Erhebung, dass rund ein Viertel der ambulanten Patienten in Hochschulambulanzen für die Forschung und nur rund 6% für die Lehre geeignet waren.²

Die rege Überweisungstätigkeit von Vertragsärzten an Hochschulambulanzen könnte mit einer Strategie der Patientenbindung zusammenhängen. Der einzelne niedergelassene Arzt bindet seine Patienten enger an sich, wenn er sie an eine Hochschulambulanz überweist, statt an einen spezialisierten Kollegen. Er braucht insbesondere keine Sorge zu tragen, dass der spezialisierte Kollege fortan die gesamte Versorgung des Patienten übernimmt und diesen somit „abwirbt“.

Die ausgeweitete Inanspruchnahme in der Versorgung führte in Hochschulambulanzen zu einem starken Fallzahlenanstieg. Der Gesundheitsforschungsrat gab 100.000 bis 150.000 Fälle in Hochschulambulanzen pro Jahr und Klinikum an.³ Heller schätzte, dass auf ein durchschnittliches Hochschulklinikum mit 1.500 Betten 45.000 stationäre, 110.000 poliklinische sowie 20.000 zahnklinische Fälle zukommen, was in etwa einer identischen Größenordnung entspricht.⁴ Insgesamt dürfte die Gesamtzahl der pro Jahr in Hochschulambulanzen behandelten Fälle, basierend auf rund 35 Hochschulkliniken in Deutschland, zwischen 3,5 und 5,25 Mio. Fällen liegen. Sie übertreffen die stationären Fälle in medizinischen Hochschulen somit um mehr als das 3-fache. Bezogen auf 565 Mio. Fälle im

2 Lauterbach/Schwartz/Pothhoff et al. (2004); Lingen/Stock/Krauth et al. (2004), S.2399-2404

3 Gesundheitsforschungsrat BMBF (1998)

4 Heller (1999), S.116-127

vertragsärztlichen Bereich behandeln Hochschulambulanzen somit knapp 1% aller ambulanten Fälle.⁵

Jedoch hielt das Finanzierungssystem für Hochschulambulanzen nicht mit der Fallzahlausweitung Schritt. In der Regel erfolgte die Finanzierung über ein Jahresbudget in Kombination mit einer vorgegebenen Jahresfallzahl. Daraus ergab sich rechnerisch eine Pauschale, die unabhängig von der Häufigkeit der Besuche eines Patienten (Konsultationen) oder seiner Fallschwere einmal pro Quartal und Patient abgerechnet werden konnte. Der Gesundheitsforschungsrat des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) bemerkte, dass die Pauschale je nach Standort zwischen 32,47 € und 48,29 € pro Quartal betrug, was sich bei einer durchschnittlichen Besuchsfrequenz von 2,8 Besuchen pro Quartal auf 11,59 bis 17,25 € je Konsultation reduzierte.⁶

Insgesamt ergab sich daraus, dass formal durch die pauschalierte Vergütung zwar ein Anreiz zur Effizienz gelegt war, dieser jedoch lediglich hypothetisch wirkte, da den beteiligten Ärzten klar war, dass Kostendeckung kaum zu erreichen war und der Ausgleich der Defizite durch den Träger (das Bundesland) fest eingeplant wurde. Zudem beinhaltete die Pauschale keinen Ansatz zur Leistungsgerechtigkeit, so dass in der Theorie eher leichte Behandlungsfälle aus Sicht der Hochschulambulanzen bevorzugt würden. Dies widerspricht jedoch dem Versorgungsauftrag einer Universitätsklinik und dem Anspruch an Forschung sowie Lehre. Das gegenwärtige Vergütungssystem kann daher nur verstanden werden als Instrument zur Vereinfachung der Abrechnung, nicht jedoch zur Optimierung von Effizienz und Versorgungsqualität.

1.2 Ermächtigungen

Ermächtigungen werden für einzelne Krankenhausärzte (in der Regel den Chefarzt als persönliche Ermächtigung) oder für eine Abteilung (als Institutsermächtigung) von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen gemeinsam erteilt. Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von hierfür geeigneten Krankenhausärzten nicht sichergestellt wird. Beispiele sind aufwendige Diagnostik mit Großgeräten oder auch die Behandlung komplexer Krankheitsbilder wie HIV-Infektionen im fortgeschrittenen Stadium.

Ermächtigungen sind in Bezug auf Zeitdauer und Umfang in der Regel begrenzt. Die Abrechnung erfolgt über die Kassenärztlichen Vereinigungen. Jede Abrechnung des Krankenhauses mindert daher die Verdienstchancen für Vertragsärzte, da ihnen sowohl die konkrete Konsultation entgeht als auch der Falllös aus ihrem Gesamtbudget entnommen wird. In diesen finanziellen Überlegungen wird ein wesentlicher Grund für die restriktive Vergabe von Ermächtigungen an Krankenhäuser durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gesehen.⁷

5 Kassenärztliche Bundesvereinigung (2004)

6 Gesundheitsforschungsrat BMBF (1998)

7 Strehl (1995), S.101-118

1.3 Hochspezialleistungen

Vor dem Hintergrund der bestehenden Hemmnisse in Bezug auf Finanzierung und Zugang hat der Gesetzgeber seit Beginn 2004 in § 116b SGB V (Fünftes Sozialgesetzbuch) die Möglichkeit der vertraglichen Zulassung zur Erbringung von Hochspezialleistungen ermöglicht.

Die Besonderheit besteht darin, dass es sich nicht um eine kollektiv-vertragliche Regelung handelt, sondern um individuelle Verträge zwischen Krankenhaus und Krankenkasse. Höhe der Erlöse, Leistungsumfang und Qualitätsvorgaben sind in einem vorgegebenem Rahmen verhandelbar. Einzelleistungserlöse im vertragsärztlichen Bereich sollen beispielsweise als Maßstab für vertragliche Hochspezialleistungen gelten. Zudem hat der Gesetzgeber einen Katalog an Krankheitsbildern höchster Komplexität als medizinischen Rahmen vorgegeben, welcher fortgeschrieben wird. Mengengmäßig wichtigstes Krankheitsbild dürften onkologische Erkrankungen sein.

2 Methodik und Daten

Die nachfolgende empirische Untersuchung über die Erlös- und Kostensituation bei hochspezialisierten Leistungsarten in Universitätskliniken basiert auf der Datenbank der Hochschulambulanzstudie. Die Methodik der Datenerhebung wurde an anderer Stelle bereits ausführlich dargestellt.⁸ Die Studie hatte an sechs Hochschulstandorten nach einem einheitlichen Erfassungsschema prospektiv Daten erhoben (Hannover, Köln, Tübingen, Mainz, Rostock, Halle). Der Erhebungszeitraum reichte bezogen auf alle Ambulanzen von Oktober 2001 bis Ende Juli 2002. Eine detaillierte Auswertung wurde ermöglicht in den Bereichen Augenheilkunde, Dermatologie, Hals-Nasen-Ohren Heilkunde, Kardiologie und Nuklearmedizin. Andere Fachrichtungen wurden kumuliert ausgewertet, da sie nur an maximal zwei Standorten erhoben wurden. Sie bildeten die Kategorien Innere Medizin (ohne Kardiologie), Operative Fächer und Kinderheilkunde.

Zum Zeitpunkt der Erhebung waren vertraglich abgesicherte Hochspezialleistungen nach § 116b SGB V noch nicht gesetzlich zugelassen und somit nicht in der Datenerhebung vertreten. Zwar wurden die betroffenen Krankheitsbilder bereits behandelt (und über Hochschulambulanzen oder Ermächtigungen abgerechnet), jedoch fiel es im Rahmen unserer Auswertung schwer, aus der Diagnoseverschlüsselung exakt auf mögliche Fälle im Bereich Hochspezialleistungen rückzuschließen. Die nachfolgende Analyse beschränkte sich daher zunächst auf poliklinische Fälle und Ermächtigungen.

2.1 Ablauf der Datenerhebung und Repräsentativität

Im Rahmen der prospektiven Erhebung wurden pro Hochschulambulanz maximal 800 Konsultationen oder maximal 4 Wochen (bei weniger als 800 Besuchen in diesem Zeitraum) über einen einheitlichen Dokumentationsbogen erfasst. Für die einzelne Klinik wurde eine geschichtete Stichprobe mit randomisiertem Auswahlverfahren vorgesehen. Der Dokumentationsbogen wurde von geschulten Mitarbeitern sowie in medizinisch relevanten Fragen von den entsprechenden behandelnden Ärzten

⁸ Brandes/Krauth/Gerhardus et al. (2004), S.543-548; Lauterbach/Schwartz/Potthoff et al. (2004); Lüngen/Krauth/Potthoff et al. (2002), S.173-178

ausgefüllt. Der Dokumentationsbogen umfasste im Wesentlichen demografische und medizinische Angaben sowie Behandlungszeiten, -intensitäten und -gründe.

Die Verteilung der Erhebung auf mehrere Standorte mit unterschiedlicher regionaler Verteilung und Umfeld ließ vermuten, dass zumindest für die Kernambulanzen eine Repräsentativität erzielt werden konnte. Für die anderen Fächer konnte dies nur eingeschränkt angenommen werden.

Die hier eingesetzte Datenbasis ergab sich aus dem Ausschluss von Patienten, die nicht über die Poliklinikpauschale oder eine Ermächtigung abgerechnet wurden. Dabei handelte es sich also beispielsweise um Notfälle, Privatpatienten, vor- oder nachstationäre Behandlungen, ambulante Operationen oder Konsile. Die ursprünglich 26.298 Konsultationen reduzierten sich somit auf 3.219 Fälle (12,2%) mit Abrechnung über Ermächtigung sowie zusätzlich 12.952 Fälle (49,3%) mit Abrechnung über die Pauschale der Hochschulambulanz. Bei den sonstigen Abrechnungen (10.127 Fälle, 38,5%) beruhten 905 Fälle (3,4%) auf fehlenden Angaben. Diese wurden ebenfalls ausgeschlossen.

2.2 Kostendaten

Eine unmittelbare Ableitung von Kostendaten aus Kostenträger- oder Kostenstellenrechnungen der Standorte scheiterte an mangelnder Verfügbarkeit oder Validität. Daher musste eine Abschätzung über die prospektiv dokumentierte Personalbindung und Hochrechnung auf Fälle vorgenommen werden.

Die Vollkosten pro Fall K_{Fall} ergaben sich aus einer Approximation der Kosten pro Konsultation $K_{Konsult}$, wie sie in der Studie prospektiv dokumentiert wurden. Der Zusammenhang zwischen Konsultationen und Fällen wurde mit dem empirisch gestützten Faktor 2,8 angenommen. Dieser wurde sowohl in der Literatur dokumentiert⁹, als auch durch die Daten der Hochschulambulanzenstudie belegt.

Der Anteil der Personalkosten K_{Pers} an den primären Fallkosten K_{prim} wurde aus der prospektiv pro Konsultation dokumentierten Personalbindung nach sechs Arztgruppen in Minuten A_{Mi} berechnet. Dazu wurden Minutenkosten K_{Mi} nach Arztgruppen standortübergreifend ermittelt (Tabelle 2). Die Personalkosten pro Minute ergeben sich aus einer Arbeitszeit von 250 Tagen pro Jahr, 7,7 Stunden am Tag und einer Fehlzeit von 15%.

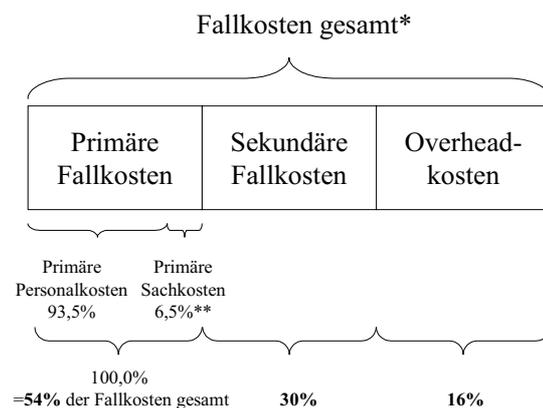
Tabelle 2: Personalkosten nach Mitarbeitergruppen in

Kosten	Jahreskosten in €	Kosten pro Minuten (K_{Minut})
Chefarzt	74.547	0,7593
Oberarzt	73.008	0,7437
Assistenzarzt	58.999	0,6010
Arzt im Praktikum	19.811	0,2018
Medizinisches Assistenzpersonal, Pflegepersonal	36.405	0,3708
Fremdarzt (arith. Mittel aus Oberarzt und Assistenzarzt)	66.004	0,6723

Anmerkung: Kosten pro Minute basieren auf 98.175 Minuten pro Jahr

⁹ Gesundheitsforschungsrat BMBF (1998)

Die ebenfalls zu den Primärkosten zählenden Sachkosten K_{Sach} konnten ebenso nicht an jedem Standort aus der Kostenrechnung ausreichend genau ermittelt werden. Die fachrichtungsbezogene Auswertung der Standorte mit plausibler Datenlieferung zeigte, dass sich der Sachkostenanteil über alle ausgewerteten Fachrichtungen (Ausnahme Nuklearmedizin) in einem Bereich von 4,7% bis 9,8% bewegte, ohne dass dabei fachabteilungsspezifische Auffälligkeiten vorlagen. Für die Fachrichtungen wurde daher ein mittlerer Sachkostenanteil an den Primärkosten über alle Ambulanzen in Höhe von 6,5% ermittelt. In den nuklearmedizinischen Ambulanzen wurde hingegen ein Anteil von 30,8% angesetzt (Abbildung 2).



*Die Größe der Flächen ist nicht proportional zum prozentualen Anteil

**30,8% in der Nuklearmedizin

Abb. 2: Zusammensetzung der Fallkosten

Als Sekundärkosten K_{Sek} gelten angeforderte Leistungen (Personal- und Sachkosten). Für die Berechnung des Anteils der Sekundärkosten an den Gesamtkosten wurden als plausibel befundene Kostenstellenauswertungen von drei Standorten herangezogen, deren Kostenrechnungen eine Differenzierung von Primärkosten und durch innerbetriebliche Leistungsverrechnung ermittelte Sekundärkosten zuließen. Der Anteil der Sekundärkosten an den Gesamtkosten wurde auf 30% festgelegt.

Overheadkosten K_{Ovh} (z.B. Verwaltungskosten) wurden aus Angaben von zehn Ambulanzen pauschaliert bewertet. Es ergab sich ein Korridor von 12% bis 18% Anteil an den Gesamtkosten. Hieraus ergab sich ein Mittelwert über die zehn Ambulanzen von 16%, der für die Berechnungen zugrunde gelegt wurde.

$$K_{Fall} = K_{prim} + K_{Sek} + K_{Ovh}$$
$$K_{prim} = 2,8 * \alpha * \sum_1^6 K_{Mi} * A_{Mi}$$

mit $\alpha = 1,445$ für die Nuklearmedizinischen Konsultationen und
 $\alpha = 1,0695$ für alle anderen

$$K_{prim} = 0,429 * K_{prim}$$
$$K_{Ovh} = 0,19 * K_{prim}$$

2.3 Erlöse und Kostendeckung

Den verschiedenen Kosten für die ambulante Leistungserstellung wurden die Ist-Erlöse gegenübergestellt, um den Kostendeckungsgrad zu ermitteln. Die Erlöse ergaben sich standortbezogen aus der Poliklinikpauschale, die einheitlich für alle Fachrichtungen gilt. Um Verzerrungen aus unterschiedlich hohen Pauschalen der Standorte auszugleichen, wurde in einem Szenario auch ein mit den Fallzahlen gewichteter Mittelwert der Pauschale eingesetzt. Dieser lag bei 32,20 € pro Fall (ungewichtet: 31,47 €). Die Neutralisierung der Erlöspauschale scheint bei einer standortunabhängigen Analyse angemessen, da nach unserer Einschätzung die Höhe der Pauschale in der Vergangenheit nicht durch eine Betrachtung von Aufwendungen oder Kosten festgelegt wurde.

Bei über Ermächtigungen abgerechneten Fällen wurden die Erlöse über die Punktsumme der dokumentierten Einzelleistungen, gewichtete mit deren Punktzahl, ermittelt. Die Punktsumme wurde mit einem Punktwert von 0,045 € bewertet.

Unterschieden wird in der Auswertung zwischen einem Kostendeckungsgrad bezogen auf die Primärkosten (Kostendeckungsgrad I; Erlöse/ Primärkosten) und einem weiteren Kostendeckungsgrad bezogen auf die Gesamtkosten unter Einbeziehung von Sekundär- und Overheadkosten (Kostendeckungsgrad II; Erlöse / Fallkosten).

2.4 Forschungs- und Lehrpatienten

Forschungs- und Lehrpatienten sind nur für den Bereich der Hochschulambulanzen von Bedeutung. Sie wurden abgegrenzt über eine bereits bestehende oder zum Zeitpunkt der Konsultation erfolgte Einschließung in eine Studie sowie alternativ einer durchgeführten Literatur-/Internetrecherche zu dem Patientenbild. Lehrpatienten wurden definiert über die Anwesenheit eines Arztes im Praktikum (AiP) oder eines Absolventen eines Praktischen Jahres (PJler).

3 Ergebnisse

3.1 Verteilungsannahmen

Die Kostendaten weisen eine rechtsschiefe Verteilung auf (Abbildung 3 und Abbildung 4), so dass statistische Verfahren, welche auf eine Normalverteilung abstellen, nur unter Vorbehalten eingesetzt wurden. Dies betrifft insbesondere auch die Ausweisung des betriebswirtschaftlich bedeutsamen Mittelwertes, der an einigen Stellen durch den Median ergänzt wird.

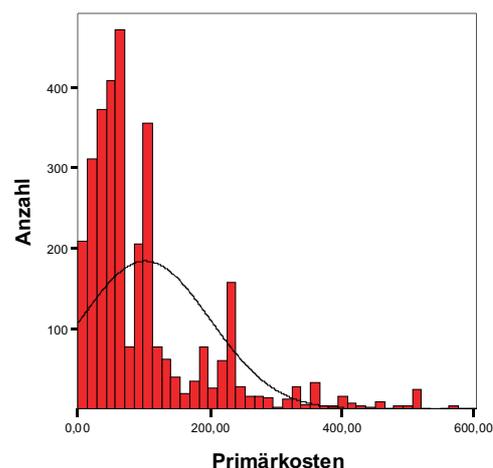
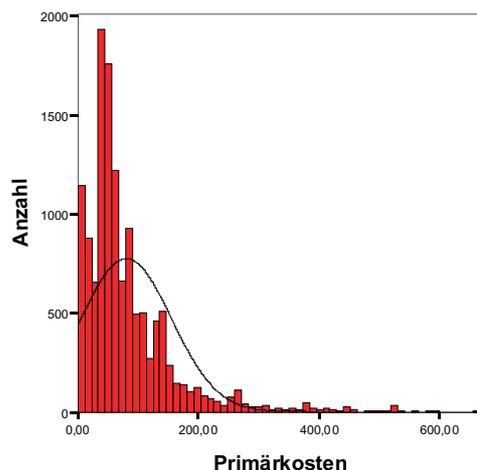


Abb. 3: Verteilung der Fälle nach Primärkosten (poliklinische Fälle) Abb. 4: Verteilung der Fälle nach Primärkosten (Fälle in Ermächtigungambulanz)

3.2 Alle Abrechnungsarten

Die Gesamtkosten pro Fall lagen für poliklinisch abgerechnete Fälle bei 94 € im Median (130 € im Mittelwert). Die Primärkosten beliefen sich auf 58 € im Median (80 € im Mittelwert). Die Kosten von über Ermächtigungen abgerechneten Fällen lagen knapp 10% darüber (103 € Gesamtkosten im Median). Ermächtigungen waren damit die kostenträchtigsten Fälle im Vergleich zu den anderen betrachteten Abrechnungsgruppen. (Tabelle 3) Die Unterschiede in der Höhe der Primärkosten zwischen den Abrechnungsraten waren statistisch signifikant (Kruskal-Wallis-H Test, $p < 0,001$)

Tabelle 3: Kosten pro Fall

Abrechnungsart	n Anzahl	Primärkosten in €			Gesamtkosten in €		
		Median	Perzentile 5%	Perzentile 95%	Median	Perzentile 5%	Perzentile 95%
Poliklinik	12.488	58	9	234	94	15	379
vor-/ nachstationäre Behandlung	2.122	53	6	189	85	9	306
Ermächtigungen	3.207	64	9	320	103	14	518
Konsile	2.735	50	6	403	81	9	652
Privatpatient	1.823	60	11	273	97	18	441
Sonstige	2.702	42	9	197	67	14	320
Gesamt	25.077	58	9	267	94	15	432

Anmerkung: 1221 Fälle wurden aufgrund fehlender Angaben zu Kosten nicht in die Auswertung einbezogen.

3.3 Poliklinische Fälle

Die Höhe der Kosten bei poliklinischen Fällen schwankte zwischen Standorten, Fachrichtungen sowie Forschungs-/ Lehrbezug und waren für alle Untergliederungen im Median statistisch signifikant unterschiedlich (Kruskal-Wallis-H Test, $p < 0,001$). (Tabelle 4) Die Primärkosten schwankten zwischen den Standorten im Median zwischen 41 und 88 pro Fall und somit um den Faktor 2,1. In Verbindung mit abweichenden Pauschalen der Hochschulambulanzen ergaben sich stark schwankende Deckungsgrade, die bei Primärkosten zwischen 22% und 134% lagen. Ein Wert über 100% wurde an einem Standort erzielt. Wurde als Erlös zudem der Durchschnitt aller Standorte zugrunde gelegt, sank der Deckungsbeitrag für die Primärkosten an diesem Standort auf 78%. An dem profitabelsten Standort C kamen somit niedrige Personalbindungszeiten pro Fall mit einer relativ hohen Polikliniks pauschale zusammen. Bezogen auf die Gesamtkosten wurde dort ein Deckungsbeitrag von 83% erreicht.

Die fachrichtungsbezogene Auswertung zeigte, dass erwartungsgemäß die primären Fallkosten nach Fachrichtungen schwankten (zwischen 44 € in der Dermatologie und 142 € in der Nuklearmedizin) und die Deckungsgrade aufgrund der einheitlichen Pauschale ebenfalls große Unterschiede aufwiesen (zwischen 21% in der Nuklearmedizin und 69% in der Dermatologie). Bezogen auf die Gesamtkosten lagen die Deckungsgrade entsprechend niedriger (13% beziehungsweise 42%).

Die nach dem Gesetz als Kernaufgabe für die Hochschulambulanzen vorgesehene Forschung und Lehre wies gegenüber reinen Versorgungsfällen Besonderheiten auf. Insbesondere Forschungsfälle weisen höhere Kosten auf (94 € Primärkosten) als Versorgung (56 €) und Lehre (52 €). Fälle, die sowohl in die Kategorie Lehre als auch Forschung fallen, weisen mit 52 Primärkosten keine Besonderheit auf. Ursache mag sein, dass die Definition der Lehrfälle über die Anwesenheit der mit niedrigen Lohnkosten verbundenen Personalgruppen der AiP (Arzt im Praktikum) und PJler (Absolventen des praktischen Jahres) definiert wurde. Forschung wurde hingegen weitgehend durch Ober- oder Assistenzärzte durchgeführt, die höhere Personalkosten auslösten. Die Deckungsgrade in Bezug auf die Primärkosten lagen für Forschungsfälle bei 28% und für Lehrfälle bei 63%.

Tabelle 4: Kostendeckung (Abrechnungsart Poliklinik)

Item	Primärkosten						Gesamtkosten								
	Deckungsgrad tats. Erlöse in %			Deckungsgrad mittl. Erlöse in %			Deckungsgrad tats. Erlöse in %			Deckungsgrad mittl. Erlöse in %					
	Anzahl	N	Median	5%	95%	Median	5%	95%	Median	5%	95%	Median	5%	95%	
Standort A	2.245	80	45	12	179	40	11	161	120	28	7	110	25	7	100
Standort B	2.894	52	42	12	204	56	16	268	85	26	7	126	34	10	166
Standort C	2.066	41	134	40	620	78	23	360	67	83	25	383	48	14	223
Standort D	2.502	57	64	20	257	56	17	223	94	40	12	159	34	10	138
Standort E	1.918	88	22	6	135	36	10	223	143	14	4	83	23	6	138
Standort F	1.317	57	28	10	290	56	20	584	94	17	6	179	34	13	361
Nuklearmedizin	1.368	142	21	56	150	23	9	136	230	13	3	93	14	5	84
Augenheilkunde	3.030	61	45	13	194	53	17	161	99	28	8	120	33	11	100
Dermatologie	3.154	44	69	13	620	73	15	360	71	42	8	383	45	9	223
Kardiologie	573	74	46	13	620	42	19	360	121	29	8	383	26	12	223
Innere ohne Kardiologie	909	63	36	17	222	36	16	229	103	22	11	137	23	10	142
Operative Fächer	1.386	52	59	19	437	62	22	378	85	37	12	270	38	14	234
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	1.825	52	47	16	257	62	25	223	85	29	10	159	38	15	138
Kinderheilkunde	243	63	39	16	274	51	21	360	103	24	10	169	31	13	223
Versorgungsfälle	8.773	56	47	12	277	565	16	360	91	29	7	171	34	10	223
Forschungsfälle*	1.021	94	28	7	155	33	7	191	152	17	4	96	21	4	118
Lehrfälle*	2.405	52	63	13	394	62	16	270	85	39	8	243	38	10	167
Lehr- und Forschungsfälle	289	52	71	19	256	62	20	223	85	44	12	158	38	12	138
Gesamt	12.488	58	47	11	277	56	14	360	94	29	7	171	34	9	223

Anmerkung: Lehrfälle und Forschungsfälle jeweils ohne die Kategorie „Lehr- und Forschungsfälle“

Insgesamt wiesen poliklinische Fälle Primärkosten von 58 € im Median (Gesamtkosten 94 €) und einen Deckungsgrad von 56% im Median (Gesamtkosten 29%) auf.

3.4 Fälle in Ermächtigungsambulanzen

Die Ergebnisse für Erlöse, Kosten und Deckungsgrade waren sowohl nach Standorten als auch nach Fachrichtungen statistisch signifikant unterschiedlich (Kruskal-Wallis-H Test, $p < 0,001$). Die Erlöse schwankten nach Standorten zwischen 29 und 131 € (Tabelle 5) Diese Bandbreite wurde auch verursacht durch die unterschiedlichen Fachrichtungen der jeweiligen Ambulanzen. So konnte in der Nuklearmedizin im Median 150 € pro Fall erlöst werden, in der Dermatologie jedoch lediglich 13 €.

Auch bei den Primärkosten und Deckungsgraden waren erhebliche Unterschiede festzustellen. Während die Erlöse zwischen Standorten um den Faktor 4,5 schwankten, wiesen die Kosten Schwankungen um den Faktor 32 auf. Die Deckungsgrade der Primärkosten schwankten um den Faktor 10, wobei Standort C stark herausragte. Für die übrigen Standorte waren die Deckungsgrade der Primärkosten im Median fast gleichauf mit Werten zwischen 41% und 49%. Für die Gesamtkosten ergaben sich entsprechend Deckungsgrade zwischen 25% und 30%, wiederum mit dem Ausreißer Standort C. Inwieweit es sich dort um Kodierungsunregelmäßigkeiten handelte, konnte nicht festgestellt werden. Auffällig war jedoch, dass sich sämtliche Fälle des Standortes in einer einzigen Ermächtigungsambulanz fanden (Kardiologie), was (möglicherweise unbeabsichtigte) verzerrte Kodierung begünstigte.

Dieser Einfluss setzte sich bei der fachrichtungsbezogenen Betrachtung fort. Nach Fachrichtungen erzielte die Kardiologie die höchsten Deckungsgrade mit 142% im Median bei den Primärkosten, die Innere Medizin (ohne Kardiologie) hingegen die geringsten mit 25%. Bei den Gesamtkosten erzielte keine Fachrichtung im Median einen Kostendeckungsgrad von 100%.

Tabelle 5: Kostendeckung (Abrechnungsart Ermächtigung)

Item	Anzahl N	Erlöse				Primärkosten				Gesamtkosten			
		Median	5%	95%	95%	Deckungsgrad tats. Erlöse in %		Deckungsgrad tats. Erlöse in %		Deckungsgrad tats. Erlöse in %		Deckungsgrad tats. Erlöse in %	
						Median	5%	95%	Median	5%	95%	Median	5%
Standort A	17	50	10	0	0	162	41	6	0	262	25	4	51
Standort B	869	29	4	108	131	67	41	9	131	108	25	6	81
Standort C	132	37	18	103	1.091	9	410	143	1.091	15	253	88	674
Standort D	1.672	36	10	222	142	64	43	13	142	103	27	8	88
Standort E	88	131	30	180	90	293	49	15	90	474	30	9	55
Standort F	441	30	7	219	209	67	40	16	209	108	25	10	129
Nuklearmedizin	359	150	49	492	177	215	61	19	177	348	38	12	109
Augenheilkunde	53	63	23	83	102	103	48	14	102	167	30	9	63
Dermatologie	126	13	4	41	187	42	30	13	187	67	19	8	115
Kardiologie	455	38	13	103	1.055	42	142	22	1.055	67	88	14	652
Innere ohne Kardiologie	450	14	4	33	58	58	25	8	58	94	15	5	36
Operative Fächer	1.138	26	7	97	117	58	37	11	117	94	23	7	72
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	219	30	17	67	169	69	38	22	169	112	23	14	104
Kinderheilkunde	394	53	18	117	158	87	77	22	158	140	47	14	97
Gesamt	3.194	34	7	162	262	64	44	12	262	103	27	7	162

4 Diskussion

Die Analyse zeigte, dass starke Hinweise auf eine mangelnde Kostendeckung bei den Gesamtkosten und auch den Primärkosten für hochspezialisierte ambulante Leistungen in Hochschulambulanzen und Ermächtigungsambulanzen bestanden. Somit schienen wesentliche Teile der ambulanten Versorgung für Fälle höchster Komplexität in finanzieller Hinsicht zu gering ausgestattet. Der Deckungsgrad lag bei poliklinischen Fällen im Median bei 29% für die Gesamtkosten (Primärkosten 47%). Für Fälle in Ermächtigungsambulanzen lag er in unserer Datenbasis bei 27% (Gesamtkosten) beziehungsweise 44% (Primärkosten). Die Ergebnisse bestätigten somit vorhergehende Untersuchungen, welche einen Kostendeckungsgrad von 31% für die Gesamtkosten in Hochschulambulanzen ermittelt hatten.¹⁰

Die Ergebnisse unserer Studie müssen jedoch auch mit Einschränkungen interpretiert werden. Wir beschränkten uns auf Hochschulstandorte und konnten aufgrund der Datenbasis keine Vergleichsdaten aus Krankenhäusern der Regel- oder Maximalversorgung hinzu ziehen. Jedoch scheint die Aussage, dass insbesondere schwerste Fälle eine Unterfinanzierung erfahren, durch unsere Untersuchung eine Bestätigung zu erhalten. Eine zweite Einschränkung ergab sich aus der begrenzten Zahl der einbezogenen Fachrichtungen. Die Analyse zeigte, dass zwischen Fachrichtungen erhebliche Unterschiede bestehen, so dass eine Verallgemeinerung auf alle Fachrichtungen nur unter Vorbehalt erfolgen sollte. Jedoch wurden aus unserer Sicht sowohl die wichtigsten stark frequentierten Fachrichtungen einbezogen als auch Spezialambulanzen, wie die Nuklearmedizin, ausreichend berücksichtigt.

Eine weitere Einschränkung ergab sich aus der Kalkulationsgrundlage. Aufgrund der geringen Differenzierung in internen Kostenstellen- und Kostenartenrechnungen waren diese häufig zu wenig aussagekräftig. Die hier daher vorgenommene Erhebung von Primärdaten, insbesondere der Personalbindungszeiten nach Berufsgruppen, war daher als angemessen anzusehen. Die Nachteile der mangelnden Genauigkeit in Bezug auf Sachkosten mussten jedoch bestehen bleiben. Da sich die Personalkosten im ambulanten Bereich jedoch als ausschlaggebend darstellten, schien die Vorgehensweise das Ergebnis nicht wesentlich zu verfälschen. Einschränkend muss jedoch die mangelnde Berücksichtigung von Ausgaben für angeforderte Leistungen (wie Bildaufnahmen) und Arzneimittel (eingesetzt und verschrieben) gesehen werden. Deren Einbeziehung hätte den Deckungsgrad reduziert. Die Gesamtaussage der Analyse wäre dadurch bestätigt worden.

Kritisch gesehen werden muss auch, dass Ineffizienzen nicht betrachtet werden konnten. Es handelte sich um eine Erhebung des Ist-Zustandes, nicht des Soll-Zustandes. Vermutungen bezüglich einer Überversorgung durch Hochschulambulanzen konnten bisher jedoch nicht begründet werden. Vielmehr wurde an anderer Stelle darauf hingewiesen, dass der gegenüber dem vertragsärztlichen Bereich höheren Leistungsdichte auch Hinweise auf höhere Schweregrade beziehungsweise Morbiditäten gegenüber stehen.¹¹ Eine pauschale Vermutung, dass die Unterdeckung durch eine Steigerung der Effizienz ausgeglichen werden könnte, scheint nicht angemessen.

10 Längen/Stock/Krauth et al. (2004), S.2399-2404

11 Lauterbach/Schwartz/Potthoff et al. (2004)

4.1 Schlussfolgerungen für Strategien der Krankenhäuser

Betroffene Krankenhäuser könnten aus der Untersuchung den Schluss ziehen, dass ein Festhalten an der hochspezialisierten ambulanten Behandlung unter der Zielsetzung positiver Deckungsbeiträge nur mit schwachen Argumenten gestützt würde. Selbst bei Betrachtung der Grenzkosten beziehungsweise Primärkosten scheint ein positiver Deckungsbeitrag nur im Ausnahmefall über ein breites Patientenspektrum erzielbar.

Bevor ein Standort weitreichende Entscheidungen bezüglich des Engagements im ambulanten Bereich fällt, ist eine Verbindung mit dem stationären Bereich sowie ein Ausblick auf die oben angesprochenen Hochspezialleistungen ratsam. Im Durchschnitt endeten 5,3% der Konsultationen in Ermächtigungsambulanzen mit der stationären Einweisung (Nach Standorten Min: 0%; Max: 8,1%) (poliklinischen Fälle: Min: 8,4%; Mittel: 11,1%; Max: 14,5%). Nach Fachrichtungen betrugen die Einweisungen der in Ermächtigungsambulanzen behandelten Fälle zwischen 0% und 11,1%. Das Maximum wurde in der Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, einem stark frequentierten Fach, erzielt. Jedoch auch die Nuklearmedizin weist mit 8,5% hohe Einweisungsquoten auf. (Poliklinische Fälle: Min: 2,4%; Max: 21%, ebenfalls in der HNO).

In dieser Sichtweise könnte die Vorhaltung der ambulanten Versorgung elementar für die Belegung der stationären Kapazitäten sein. Inwieweit dies zu einer Überversorgung von Patienten führt, kann hier jedoch nicht abgeschätzt werden.

Der Krankenhausträger sähe sich somit einer Mischkalkulation gegenüber. Mangelnde Kostendeckung im ambulanten Bereich würde mit Überschüssen aus dem stationären Bereich verrechnet. Fraglich ist, inwieweit diese Unternehmensstrategie langfristig aufrecht erhalten werden kann. Die Einführung von leistungsorientiert kalkulierten Pauschalen im stationären Bereich ab 2004, verbunden mit strengeren Kontrollen von Fehlbelegung im Auftrag der Krankenkassen, führt eher zum Abbau von Überschüssen. Krankenhäuser der Maximalversorgung trifft es aufgrund der vergleichsweise höheren Kosten im stationären Bereich stärker.

In dieser Konstellation könnte ein forciertes Anbieten von Hochspezialleistungen über Vertragslösungen mit den Krankenkassen höhere Flexibilität in Bezug auf die verhandelten Entgelte, das medizinische Spektrum und die Vorteile einer hohen Qualität in Krankenhäuser der Maximalversorgung bieten.

Dieser Strategie stehen jedoch mehrere Hindernisse entgegen. Erstens ist das Volumen der verhandelbaren ambulanten Fälle bei konsequenter Umsetzung noch nicht abschätzbar. Zwar existieren Kataloge mit in Frage kommenden Krankheitsbildern, diese verteilen sich jedoch teilweise auf mehrere Fachabteilungen oder sind Schwankungen im Zeitablauf unterworfen. Beides erschwert die Planung.

Zweitens hat der Gesetzgeber als „Hilfestellung“ für die Verhandlungspartner die Vorgabe formuliert, dass sich die zu verhandelnde Vergütung an den bisherigen Erlösen für Einzelleistungen orientieren soll. Dies sind im Wesentlichen die Entgelte in derzeitigen Ermächtigungsambulanzen. Die Analyse hatte jedoch auch dort drohende Unterdeckungen festgestellt.

Drittens schließlich ist die Verhandlungsposition der Krankenhäuser geschwächt durch den mangelnden Handlungsdruck für die Krankenkassen. Die Behandlung der Krankheitsbilder erfolgt heute bereits und zwar teilweise über Hochschulambulanzen und Ermächtigungen, teilweise durch Vertragsärzte. Eine Herauslösung von Behandlungsfällen aus dem vertragsärztlichen Bereich würde je-

doch zwangsläufig zu Mehrkosten für die Krankenkassen führen, da sie bisher in Jahrespauschalen abschließend eine Finanzierung bereitstellen. Eine Verlagerung von Fällen weg von der Jahrespauschale hin zu Einzelleistungen wäre nur bei Bereinigung der Jahrespauschale attraktiv. Diese Bereinigung ist jedoch nicht vorgesehen. Einziges Argument für die Krankenkassen bleibt daher ein Marketingeffekt über eine sichtbare Bereitstellung von hochspezialisierten Leistungen ausschließlich für eigene Versicherte. Dieser Anreiz mag im Einzelfall, insbesondere bei emotional besetzten Erkrankungen, ausreichen.

4.2 Gesundheitspolitische Sichtweise

Die Bundesregierung hat mit den Neuerungen des GMG, insbesondere der Ermöglichung vertraglicher Lösungen zwischen einzelnen Krankenhäusern und Krankenkassen, in einer langjährigen Perspektive erhebliches Potential eröffnet. Jedoch zeigte die Analyse aus der kurzfristigen Sicht für die Akteure, dass bisher wenig mehr als ein Fremdkörper in ein stark institutionell und korporatistisch geprägtes System implementiert wurde.

So wird eine allgemeine Krankenhausambulanz mit freiem Zugang für Patienten weiterhin nicht ermöglicht. Eine breite Konkurrenzsituation zwischen niedergelassenen Fachärzten und Krankenhausärzten ist weitestgehend ausgeschlossen worden. Die Erfahrungen anderer Länder bleiben so ungenutzt.¹² Auch wenn eine wettbewerbliche Lösung abgelehnt wird, hätte eine klare Festlegung eines Leistungskataloges mit Zuständigkeiten zwischen den Versorgungsstufen helfen können, eine langfristige Planungsgrundlage für die Akteure zu schaffen. Dazu wäre jedoch eine Abkehr von dem derzeitigen sektoralen Budgetierungssystem notwendig geworden. Gerade dies wird jedoch von vielen Beteiligten abgelehnt. Die Krankenkassen haben durch das derzeitige System einen Schutz vor einer Überwälzung von ansteigenden Morbiditäten und Überversorgung im fachärztlichen Bereich auf ihre Beitragsätze. Die Fachärzte wiederum begrüßen über die Verbände die errungene Autonomie der Verteilung von Budgets zwischen Arztgruppen.

Eine Neuordnung mit leistungsgerechten Verteilungen von Fällen und Ressourcen zwischen Sektoren wird dadurch eher behindert. Der Patient kann häufig nicht nachvollziehen, warum er zu welchem Leistungsanbieter überwiesen wurde oder warum nicht. Dass nicht immer eine Optimierung der Versorgungsqualität im Vordergrund steht, sondern durchaus auch finanzielle Überlegungen, ist im Einzelfall vom Patienten kaum nachprüfbar.

Letztendlich resultiert daraus eine Gefährdung der Versorgung mit hochspezialisierten ambulanten Behandlungen: Die Kassenärztliche Vereinigungen erteilen Ermächtigungen nur restriktiv; Hochschulkliniken reduzieren den Zugang zu Polikliniken aufgrund finanzieller Unterdeckung und dem Fortfall von Quersubventionierungen über stationäre Fälle; Krankenkassen verzichten im zunehmenden Wettbewerb bisher auf vertragliche Hochspezialleistungen, die Beitragsatzsteigerungen auslösen können.

¹² Bowling/Redfern (2000), S.116-120; McKee/Healy (2001), S.299-304; Faulkner/Mills/Bainton et al. (2003), S.878-884

Danksagung

Wir danken Frau Prof. Wolf-Ostermann, Alice-Salomon-Fachhochschule, Berlin, für wertvolle Hinweise zur statistischen Auswertung. Wir danken der Forschungsgruppe Hochschulambulanzen sowie dem Projektträger DLR des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) für die Möglichkeit zur Auswertung der Datenbank.

Literatur

- Bowling, A.; Redfern, J. (2000), The process of outpatient referral and care: the experiences and views of patients, their general practitioners, and specialists, in: *British Journal of General Practice*, 50 (451), S.116-120.
- Brandes, I.; Krauth, C.; Gerhardus, A.; Lüngen, M.; Potthoff, P.; Schmitz, H.; Lauterbach, K.; Schwartz, FW. (2004), Die Bedeutung der Hochschulambulanzen für Versorgung, Forschung und Lehre- Ergebnisse der Studie, in: *Das Krankenhaus*, 96 (7), S.543-548.
- Faulkner, A.; Mills, N.; Bainton, D.; Baxter, K.; Kinnersley, P.; Peters, TJ.; Sharp, D. (2003), A systematic review of the effect of primary care-based service innovations on quality and patterns of referral to specialist secondary care, in: *British Journal of General Practice*, 53, S.878-884.
- Gesundheitsforschungsrat des BMBF (1998), Stellungnahme des Gesundheitsforschungsrates vom 12.05.1998 zur Bedeutung der Ambulanzen an den Hochschulklinika für Forschung und Lehre.
- Heller, M. (1999), Ermächtigungssystem nach SGB V und Vergütungen, in: Franke-Ullmann, G.; Heinen, HJ.; Mitreiter, R.(Hrsg.), *Strukturen und Finanzen der Hochschulmedizin*, Baden-Baden, S.116-127.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2004), http://www.kbv._Hlt87157173_Hlt87157174BM_9_BM_10_de/publikationen/290.htm.
- Lauterbach, K.; Schwartz, FW.; Potthoff, P.; Schmitz, H.; Lüngen, M.;Krauth, C.; Klostermann B.; Gerhardus, A.; Stock, S.; Steinbach, T.; Müller, U.; Brandes, I. (2004), Bestandsaufnahme der Rolle von Ambulanzen der Hochschulkliniken in Forschung, Lehre und Versorgung an ausgewählten Standorten (Hochschulambulanzenstudie).
- Lüngen, M.; Lauterbach, K. (2004), Konsequenzen der DRG- Einführung für die ambulante Versorgung, in: Klauber, J.; Robra, BP.; Schellschmidt, H. (Hrsg.), *Krankenhaus- Report 2003*, Stuttgart, S.173-186.
- Lüngen, M.; Plamper, E.; Lauterbach, K. (2004), Für welche Krankenhäuser lohnen sich Medizinische Versorgungszentren? in: *Führen und Wirtschaften im Krankenhaus*, 21 (3), S.254-256.
- Lüngen, M.; Stock, S.; Krauth, C.; Gerhardus, A.; Brandes, I.; Potthoff, P.; Müller, U.; Schmitz, H.; Klostermann, B.; Steinbach, T.; Schwartz, FW.; Lauterbach, K. (2004), Leistungen und Kosten der Hochschulambulanzen in Forschung, Lehre und Versorgung. Ergebnisse der Hochschulambulanzenstudie, in: *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 129, S.2399-2404.
- Lüngen, M.; Krauth, C.; Potthoff, P.; Schmitz, H.; Brandes, I.; Lauterbach, K. (2002), Methodik der Hochschulambulanzenstudie zur Versorgung, Lehre und Forschung, in: *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement*, 7, S.173-178.
- McKee, M.; Healy, J. (2001), The changing role of the hospital in Europe: causes and consequences. in: *Clinical Medicine*, 1 (4), S.299-304.

Strehl, R. (1995), Hindernisse und deren Überwindung bei der Erbringung ambulanter Leistungen durch Hochleistungskrankenhäuser, in: Arnold, M.; Paffrath, D., Krankenhausreport 1995, Stuttgart, S.101-118.

Zu den Autoren

Markus Lüngen: Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln, Gleueler Straße 176 – 178, 50935 Köln.

Kontakt: Tel.: ++49 – (0)221 – 4679 139, Fax: ++49 – (0)221 – 43 023 04,
E-Mail: Luengen@igke.de

Andreas Gerber: Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln, Gleueler Straße 176 – 178, 50935 Köln.

Christian Krauth: Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover.

Iris Brandes: Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover .

Thomas Steinbach: Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Beratung mbH (GEBERA), Köln.

Harald Schmitz: Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Beratung mbH (GEBERA), Köln.

Peter Potthoff: Infratest Health, München.

Karl W. Lauterbach: Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln, Gleueler Straße 176 – 178. 50935 Köln